ITEM 33 : ALLAITEMENT

- En France : **70%** d'allaitement maternel en maternité (60% exclusif, 10% partiel), 39% à 3 mois et 9% à 12 mois (durée médiane 15 semaines, dont 24j d'allaitement exclusif) : très bas en comparaison d'autres pays industrialisés
Accompagner la décision d'allaiter ou non (information claire et loyale)
- Ne pas forcer une femme qui ne le souhaite pas à allaiter

Physiologie

Avant la grossesse	- Glande mammaire constituée : . **Aréole** qui lors de la stimulation déclenchera la sécrétion de prolactine et d'ocytocine . **Mamelon** : cône contenant des fibres musculaires lisses permettant son érection, avec à son sommet de nombreux pores, des canaux lactifères . **Glande mammaire** : une quinzaine de lobes, subdivisés en lobules puis en acini, chaque glande a son propre canal excréteur, galactophore principal, s'ouvrant au mamelon par un pore
Pendant la grossesse	→ Durant les 2 derniers trimestres : - **Allongement** et **ramification** des canaux galactophoriques puis division en **canalicules sous l'action des hormones** - Prolifération des cellules sécrétrices et organisation en **alvéoles** (= unités sécrétoires) + développement des **cellules myoépithéliales** contractiles et d'un important **réseau sanguin et lymphatique** en périphérie des alvéoles - **Progestérone** : bloque la fonction de lactation et d'éjection du lait jusqu'à l'accouchement → Lactogénèse : - Phase 1 : **Colostrum** : produit à partir du milieu du 2e trimestre, écoulements durant la grossesse possibles (le plus souvent physiologiques mais peuvent être pathologiques) - Phase 2 : P**hase lactée** suite à la chute de la progestérone
Accouchement	- Baisse Progestérone → Augmentation prolactine → installation de la lactogénèse en 2-3j
Composition	Variable : adapté à l'âge, au terme, au moment de la tétée (nycthémère) - **Colostrum** riche en IgA, glycoprotéines, oligosaccharides, cellules immunitaires, pauvre en graisse - A partir de **J15** : lait de transition de plus en plus riche en graisses **Différent du lait de vache** : +pauvre en caséines (translucide), +riche en protéines non-nutritives (lactoferrines, Ig, lysozyme), +adapté à la protection du nouveau-né, moins riche en vitamine D

Propriétés

	Pour le nouveau-né	Pour la mère
Bénéfices	- **Nutritionnel** : lactose, protéine (α-lactoglobuline), lipides (AG essentiels) - **Immunologique** : IgA, lysozyme, lactoferrine, macrophages, lymphocytes - Effet protecteur contre les **infections digestives**, les **infections ORL et des voies aériennes inférieures,** - **Diminution asthme, allergies, d'eczéma, leucémies** - **Vecteur de la relation mère-enfant** - Diminution de la **mort subite du nourrisson, diabète, obésité, malocclusion dentaire** - **Meilleur développement cognitif** (prématuré++) - **Chez le prématuré :** diminution du risque d'infection et d'entérocolite ulcéronécrosante, meilleure tolérance de l'alimentation → lait de mère ou de lactarium ++	- Etablissement du lien mère-enfant (si choix libre et allaitement bien vécu par la mère, sans pression familiale ou soignante) - Diminution dépression du post-partum / du stress, amélioration de l'estime de soi - **Réduction du risque de cancer du sein** en cas d'allaitement prolongé - Diminution du cancer épithélial de l'ovaire - Diminution du DT2, HTA, dyslipidémies, de l'obésité, de maladies cardiovasculaires (bénéfice persistant après la ménopause) - Bénéfice économique - Retour plus rapide au poids antérieur à la grossesse (catabolisme important !)

Propriétés

Limites	- **Ictère au lait de la mère** (2%) : bilirubine non conjuguée, isolé, bénin - Insuffisance nutritionnelle : **vitamine D et K** → Supplémentation en vitamine K (2mg PO à la naissance puis entre le 4e et le 7e jour puis à 1 mois) et D (800-1000UI/j), ± supplémentation en fer si AM exclusif > 4 mois chez le prématuré / petit poids - Transmission possible **d'agents infectieux** (bactérie, VIH), de **médicament/toxiques** (drogue/OH, toxique industriel…)	- Difficulté de mise en route - Crevasse du mamelon - Engorgement mammaire - Lymphangite - Galactophorite - Abcès du sein

Déterminants

Facteurs influençant négativement l'allaitement maternel :
- **Maternels** : femme jeune, célibataire, précarité, immigration/déménagement récent, primiparité, première expérience d'allaitement ou expérience négative antérieure, ambivalence/non-désir/décision tardive d'allaiter, manque de connaissance sur l'allaitement, perception d'une insuffisance de lait, manque de confiance en soi / à sa capacité à allaiter, gêne lors de l'allaitement en public, dépression post-natale, difficultés d'allaitement, utilisation précoce d'une tétine, tabagisme, obésité, exercice d'une profession
- **Nouveau-né** : perte de poids >10% / faible prise de poids, problèmes de succion
- **Entourage** : absence de soutien ou perception négative de la part du partenaire
- **Maternité** : mise au sein ou peau à peau retardé, allaitement à horaires fixes, recours aux compléments de lait artificiel, méconnaissance / manque de soutien des professionnels
- **Politiques de santé** : congé maternité court et peu rémunérateur

Déroulement

- **1ère tétée** : activité réflexe qui doit avoir lieu dans les **30 à 60 minutes** suivant la naissance → conditionne les suivantes
- **Montée laiteuse** à environ 2-3j post-partum : tension des seins (prise du sein difficile) : extraction manuelle si besoin
- **Tranchées** (surtout chez la multipare) : **contractions utérines**, parfois douloureuses, survenant au cours des tétées (signe positif d'une tétée efficace)
- **Rythme des tétées** : **à la demande du bébé** dès que bébé éveillé (mouvements des yeux, des lèvres, de la tête, mains à la bouche) : ne pas attendre l'agitation/les pleurs. La durée de la tétée est très variable. En moyenne 8-12 tétées/j <1 mois.
- **Allaitement efficace** : bébé bien réveillé, rythme de la tétée ample/régulier, courtes pauses sans lâcher le sein, déglutition audible, >3 selles/j (le premier mois) et 5-6 couches mouillées et lourdes/jour (diurèse satisfaisante), poids +200-250 g/semaine (après la 1ère semaine de vie : perte de 7,5% du poids du corps en moyenne, max 10%, repris <J10 de vie)
- **Installation confortable** : la bouche du nouveau-né doit prendre largement l'aréole (pas seulement le mamelon), ventre de l'enfant contre celui de la mère, **oreille-épaule-hanche alignées**. Donner les **2 seins** à chaque tétée. Eviter les tétines.
- **Hygiène de vie** : boissons abondantes, alimentation riche et variée proscription du tabac et de l'alcool (+++, si impossible : fumer/consommer immédiatement après une tétée), éviter les excitants type thé/café, lavage quotidien des seins à l'eau et au savon (pas de soins locaux spécifiques), protection des mamelons avec une compresse sèche
- Supplémentation en **vitamine K** (2 mg per os) à 1 mois si allaitement maternel exclusif, + **vitamine D** (400-800 UI/j)
- Poursuite de l'allaitement : recommandations OMS 4-**6 mois exclusivement** puis jusqu'à l'âge de **2 ans en complément de la diversification alimentaire** qui doit être commencée vers 4-6 mois de vie
- Reprise du **travail** : 1h de disponibilité/jour pour tirer son lait/allaiter jusqu'à 1 an post-partum (code du travail
- **Conservation** : 4h à T° ambiante, 48h au réfrigérateur, 4 mois au congélateur à -18° (max 24h après décongélation)
- **Réchauffage** : bain-marie, chauffe biberon, pas de four à micro-ondes, consommé dans l'heure à T° ambiante et dans la demi-heure s'il est réchauffé

Contre-indications

Maternelle	- La SEULE grande CI à retenir pour l'ECN = **VIH** : allaitement contre-indiqué dans les pays développés - **HTLV1 et 2 positifs** - **Psychose puerpérale** (discuté, selon terrain) - Cardiopathie / néphropathie sévère chez la mère - Certains TTT au long cours/indispensables : **antithyroïdien de synthèse, antimitotiques, lithium…** *Non contre-indiqué : infection courante, herpès, CMV, hépatite B, hépatite A, ATCD de cancer du sein…*
Infantile	- **Intolérance au lactose** (galactosémie congénitale, déficit en lactase), très rare

Complications maternelles

Insuffisance de lait		- Première cause d'interruption précoce de l'allaitement, rarement vraie (prothèse, plastie de réduction, pathologie hormonale) : le +souvent secondaire à des tétées inefficaces/peu fréquentes - **Facteurs favorisants** : séparation mère-enfants, antécédent de chirurgie esthétique des seins - **CAT** : allaitement à l'éveil, accompagnement, mise au sein +fréquente, pas de TTT médicamenteux !
Engorgement mammaire		= **Stase de lait mammaire** due à la production de lait (stase capillaire & lymphangite) - A différencier de la **montée de lait** (élévation du débit sanguin et du volume mammaire), résolutive par tétées fréquentes et régulières - **Facteurs favorisants** : initiation retardée de l'allaitement, mauvaise prise de sein (tétée inefficace), limitation de la fréquence/durée des tétées, complément, canal lactifère bouché (engorgement du secteur mammaire concerné : positionner le menton du nouveau-né sur la zone indurée)
	C	- **Sein gonflé, tendu, douloureux, brillant** avec **œdème** ± **rougeur**, peu/pas de fièvre - Diagnostic clinique : aucun examen
	CAT	- **Extraction** du lait par tétées fréquentes / massage / tire-lait ± antalgiques/AINS - Compresses chaudes, massages doux, éviter tout obstacle à l'écoulement du lait (vêtements trop serrés) - Prévention par **tétées efficaces et régulières** sans restriction du nombre / de la durée
Crevasse du mamelon		= Rupture de la barrière cutanée fréquente les 1er jours, tétées douloureuses - **Facteurs favorisants** (friction anormale mamelon-bouche) : mauvaise prise du sein par l'enfant, troubles de succion, frein de langue trop court
	C	- Mamelon douloureux, puis rouge, irrité, fissuré, érosions cutanées ± saignements
	CAT	- **Correction de la position** du nouveau-né et de la prise du sein - **Soins locaux simples, hydratation avec corps gras à étaler sur le mamelon :** étaler le colostrum/lait maternel ou application de topique - Attention à la surinfection locale par staphylocoque ou candidose : ATB si besoin
Mastite		= inflammation du sein, inflammatoire (**lymphangite**) / infectieuse (**galactophorite**) - **Facteurs favorisants** : stase du lait / engorgement, crevasses surinfectées - Si récurrences : rechercher mastite mal traitée, mauvaise technique d'allaitement, association à une infection cutanée, anomalie d'un canal, tumeur
	C	Entre le 2e et 12e semaine post-partum - **Sd grippal** : fièvre >38,5°, frissons, d'apparition brutale, avec douleur mammaire - **Zone inflammatoire rouge et indurée**, ± nœud lymphatique associé → La clinique ne permet pas de différencier une mastite infectieuse ou non, mais la présence de pus dans le lait (signe de Budin) est en faveur d'une galactophorite

		PC	- **NFS/CRP** : Sd inflammatoire, hyperleucocytose (n'oriente pas vers une mastite infectieuse) - **Prélèvement bactériologique de lait** : mastite infectieuse si germe >10^6/mL : staphylocoque doré (le +fréquent), sinon E.Coli, ou streptocoque B (rare, mastite bilatérale) ± **Echographie mammaire** si situation atypique/trainante : DD abcès mammaire
		CAT	- **Prévention** par allaitement efficace et régulier, lavage de mains, TTT des crevasses surinfectées (ATB) - **TTT** : tétées fréquentes et efficaces/tire-lait, froid/antalgiques, ± ATB anti-staph/strepto
	Abcès mammaire	= Collection de pus bien délimitée dans le sein, chaud (inflammatoire)/froid (sans inflammation, +rare) - Touche 1% des femmes allaitant, apparaît vers la 6e semaine (mais possible à tout moment) - **Facteurs favorisants** : stase du lait / engorgement, crevasses surinfectées	
		C	- Début **insidieux**, à bas bruit, avec **douleurs chroniques** - Tableau inflammatoire sévère : rougeur, douleur, chaleur, œdème - Fièvre plus modérée que dans la mastite voire absente - Masse fluctuante avec peau rouge violacée ± nécrose cutanée
		PC	- **NFS/CRP** : Sd inflammatoire, hyperleucocytose ± **Echographie mammaire** en cas de doute : EC le +spécifique
		CAT	- **Prévention** : éviter la stase de lait, agir vite si engorgement/canal bouché/douleur mamelonnaire - **TTT** : mise à plat (chirurgie) ou ponction à l'aiguille ± ATB
Médicaments	Consultation des centres régionaux de pharmacovigilance / du CRAT pour informations à jour 90% des femmes prennent au moins 1 médicament pendant la 1ère semaine post-partum Risque élevé de mauvaise observance du TTT / d'un arrêt de l'allaitement Aucun examen d'imagerie (hors médecine nucléaire) ne justifie l'interruption de l'allaitement		
	Antalgiques	- **Compatibles** : paracétamol, aspirine à dose anti-agrégante - **Précautions** : ibuprofène (à prendre pendant la tétée), néfopam (24-48h post-partum), tramadol (48-96h post-partum), morphine (24-72h post-partum) - **Eviter** : aspirine à dose anti-inflammatoire, codéine, oxycodone	
	HPP	- **Compatibles** : acide tranexamique - **Précautions** : sulprostone (attendre 2h après la fin de la perf avant de débuter l'allaitement)	
	ATB	- **Compatibles** : pénicilline ± acide clavulanique, ceftriaxone, érythromycine / clarithromycine / azithromycine, ciprofloxacine / ofloxacine - **Précautions** : . **Cotrimoxazole** : éviter si ictère néonatal, prématurité, risque de déficit en G6PD . **Nitrofurantoïne** (éviter si risque de déficit en G6PD . **Gentamicine** : éviter si prématurité / insuffisance rénale néonatale . **Métronidazole** : TTT court si PO/IV : 7-10j, non-restreint si voie vaginale - **Eviter** : clindamycine (possible en prise unique peropératoire), péfloxacine	
	Antiémétiques	- **Compatibles** : dompéridone, métoclopramide - **Eviter** : ondansétron	
	Anti-hypertenseurs	- **Compatibles** : propranolol, labétalol, nifédipine, nicardipine, alphaméthyldopa - **Précautions** : captopril ou énalapril (éviter si prématurité / insuffisance rénale néonatale)	
	Anticoagulants	- **Compatibles** : HNF, HBPM, warfarine, acénocoumarol - **Eviter** : fluindione	
	Psychotropes	- **Compatibles** : zopiclone, oxazépam, paroxétine, sertraline - **Précautions** : zolpidem (à prendre juste après la dernière tétée du soir) - **Eviter** : diazépam, hydroxyzine	
	Anti-épileptiques	- **Compatibles** : gabapentine, phénytoïne, acide valproïque - **Eviter** : lamotrigine, lévétiracétam, topiramate, oxcarbazépine, carbamazépine, vigabatrine	
Infections	AM contre-indiqué	- **VIH** - **HTLV1 et 2** (mais la congélation détruit le virus)	
	Suspension temporaire	**Varicelle** : risque néonatal si varicelle maternelle 5j avant la naissance / 2j après - Isoler la mère 7-10j (extraction du lait pour le donner à l'enfant) : transmission par contact direct, pas de passage viral dans le lait - Si **zona** : règles d'hygiène strictes (lavage de mains, éviter contact direct), extraction du lait en cas de lésions sur les seins **Tuberculose** : si tuberculose pulmonaire active maternelle = isoler le nouveau-né pendant au moins 2 semaines de TTT. Si allaitement prolongé = doser le médicament dans le lait/plasma/urines de l'enfant	

Infections	Allaitement autorisé	- **Infections courantes** (ORL, bronchite, grippe, gastro, infection urinaire) : mesures d'hygiène simples - **Herpès** : règles d'hygiène strictes : lavage de mains, port de masque (si herpès labial), éviter tout contact direct, extraction du lait pour allaitement si lésions mammaires (pas de passage par le lait), allaitement direct autorisé sur le sein indemne - **CMV** : aucun risque pour le nouveau-né à terme, précautions si grande prématurité (congélation pour diminuer la charge virale, pasteurisation pour la supprimer) - **Hépatite B** : contamination par voie vaginale ± par l'allaitement : sérovaccination précoce : immunoglobulines < 12h post-partum puis vaccination à 0, 1 et 6 mois : efficace à 95%, protocole identique en cas d'allaitement (n'augmente pas le risque de contamination) - **Hépatite C** : risque de transmission 2-5%, majoré si association au VIH ou si charge virale VHC élevée, virus présent dans le lait (concentration très faibles). L'allaitement n'augmente pas le risque de transmission : pas de contre-indication.
Toxiques	Tabac	- Consommation **déconseillée** si allaitement (passage dans le lait de la nicotine/cotinine) : - Encourager les substituts nicotiniques, proposer un soutien spécialisé - Ne contre-indique pas l'allaitement : si sevrage incomplet, **délai de minimum 2h** avant mise au sein
	Alcool	- Consommation **déconseillée** si allaitement : moindre production de lait, augmentation d'arrêt précoce de l'allaitement et effets néfastes sur l'enfant - Si consommation modérée / ponctuelle : **délai de minimum 2h** avant la mise au sein
	Drogues	- **Cocaïne/héroïne/cannabis** déconseillées (passage dans le lait, perturbation de l'allaitement, modifications du comportement de l'enfant (somnolence/agitation) - **Ne contre-indiquent pas** l'allaitement (bénéfices > inconvénients même si consommation) : informer / accompagner, parfois l'allaitement aide à diminuer la consommation, le cocooning et l'allaitement maternel réduisent les symptômes de sevrage chez l'enfant
Inhibition de la lactation		Si fausse couche, IMG, MFIU/décès néonatal, allaitement contre-indiqué, allaitement non-souhaité… - Meilleur traitement = ne pas stimuler le mamelon - Pas de TTT médicamenteux systématique (si fait : privilégier lisuride ou cabergoline) - *Bromocriptine plus indiquée (risques cardiovasculaires)*